1892

Lane Medical Library

Beiträge zur Lehre von der Hernia obturatoria

mit Beschreibung eines durch Operation geheilten Falles.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Dienstag, den 22. März 1892,

Mittags 2 Uhr,

öffentlich verteidigen wird

Carl Splittgerber

prakt. Arzt aus Pasewalk.

Opponenten:

Herr Dr. Heiligtag, prakt. Arzt, Pasewalk,
Herr Dr. Westhoff, prakt. Arzt, Greifswald.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1892.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0275

Seinen teuern Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Während die Nabel-, Leisten- und Schenkelhernien häufig beobachtet werden, und die Diagnose derselben keine besonderen Schwierigkeiten bereitet, verhalten sich diejenigen Hernien, welche aus dem kleinen Becken hervortreten, ganz anders; sie kommen nur selten vor und werden auch dann häufig noch nicht erkannt, weil sie von so vielen Weichteilen bedeckt sind. Unter ihnen ist die Hernia obturatoria die häufigere. Freilich wird sie in den meisten Fällen erst bei der Section vorgefunden, während ihre Diagnose bei Lebzeiten grosse Schwierigkeiten bietet. Von besonderer Wichtigkeit ist dieser Umstand besonders für den Fall der Einklemmung. Unter diesen Umständen wird es sich verlohnen, über das Wesen der Hernia obturatoria nähere Betrachtungen anzustellen und einige bisher beobachtete Fälle aus der Literatur zu sammeln und zu vergleichen.

Zum richtigen Verständnis dieser Hernie ist es notwendig, die Anatomie der sogen. Regio obturatoria genau zu kennen. Die Hernia obturatoria nimmt ihren Weg durch den sogenannten Canalis obturatorius, welcher als normale Durchgangsstelle für den Nervus obturatorius und die gleichnamigen Gefässe dient.

Der Canalis obturatorius wird oben durch die am Schambein befindliche Rinne, Sulcus obturatorius gebildet, deren vordere und hintere Grenze kleine Einschnitte darstellen, die als Incisura obturatoria anterior und posterior bezeichnet werden können. Die seitlichen Grenzen dieser Rinne werden durch zwei Höcker, Tuberculum obturatorium superius und inferius, gebildet [1]). Zu einem Kanale wird diese Furche nun dadurch, dass die an den Rändern des Foramen obturatorium entspringende fibröse Membran, die Membrana obturatoria, jener Rinne entsprechend, eine Lücke zum Durchtritt der Gefässe und Nerven offen lässt. Derjenige Teil des Kanales, welcher von der Membrana obturatoria gebildet wird, ist an und für sich scharf abgegrenzt, er wird aber etwas abgerundet durch die Fasern der die Innenfläche des Musculus obturatorius int. deckenden Fascie, welche sich unter Bildung einer leichten Verdickung auf den freien Rand der Membran umschlagen; hierdurch entsteht eine Öffnung, welche auch wohl Annulus obturatorius genannt wird.

An die Innenfläche der Membrana obturatoria bis auf diejenige Stelle, an welcher der Annulus obturatorius liegt, lagert sich der M. obtur. int., welcher ausserdem noch an der Innenfläche der vorderen Beckenwand an der Linea innominata von der Symphysis

[1]) Vgl. Roman Fischer (Zeitschrift für rationelle Medicin 1852, Heft 3 und Beiträge zur Lehre über die Hernia obturatoria, Luzern 1856).

bis in die Gegend der Incisura ischiadica major entspringt. Die einzelnen Fasern des M. obtur. int. convergieren nach der Gegend der Incisura ischiad. minor, um welche er sich herumbiegt zur Fossa trochanterica, in welcher er mit der Sehne der beiden Musculi gemelli inseriert.

Die Aussenfläche der Membrana obturatoria bedeckt der Musc. obturat. ext., welcher mit drei etwas getrennt verlaufenden Portionen, einer oberen, mittleren und unteren, am inneren und unteren Umfange des Foramen obturatorium entspringt. Die Muskelfasern gehen quer über das Foramen obturatorium hinweg und inserieren ebenfalls in der Fossa trochanterica. Der Annulus obturatorius wird mit einem Teile der oberen Portion des Musc. obtur. extern. überdeckt. Von den drei Portionen des M. obtur. ext. können (Roman Fischer) die untere und mittlere nur künstlich von einander getrennt werden, während zwischen der mittleren und oberen Portion reichliches Fettgewebe lagert, womit auch der Raum zwischen Muskel und Membran obturatoria ausgefüllt ist.

Durch den Canalis obturatorius gehen, wie bereits gesagt wurde, der Nervus obturatorius und die gleichnamigen Gefässe. Die A. obturatoria liegt, wenn sie ihren normalen Ursprung aus der A. hypogastrica nimmt, unter und hinter dem Nerven; entspringt sie dagegen, was nur selten vorkommt, aus der Arteria epigastrica inferior, so liegt sie vor dem

Nerven (Roman Fischer, Beiträge zur Lehre über die Hernia obturatoria, Luzern 1856). Die Vena obturatoria geht durch den Canal in die Vena hypogastrica und liegt an der inneren Seite der Arterie.

Der Nervus obturatorius entspringt aus dem 2., 3. und 4. Lendennerven, durchzieht den Canalis obturatorius, versorgt den M. obt. ext. und spaltet sich in einen vorderen und einen hinteren Ast. Der hintere Ast geht zum M. obt. ext. und zum M. adductor magnus, der vordere Ast zum M. gracilis, M. adductor longus et brevis, durchbohrt dann die Fascia lata und verzweigt sich an der Innenseite des Oberschenkels bis herab zum Kniegelenke. [1])

Beim Eintritt in den Annulus obturatorius ist die Lage des Nerven und der Gefässe folgende: der Nerv liegt am weitesten nach vorn, oben und aussen, dann kommt die Arterie und am weitesten nach innen und unten die Vene. — Vor dem Canalis obturatorius liegen ausser dem M. obtur. ext. noch der M. pectineus und der M. adductor longus et brevis.

Die Lücken, welche neben Nerv und Gefässen im Canale übrig bleiben, werden mit fetthaltigem Bindegewebe ausgefüllt. Der ganze Canalis obturatorius verläuft schräg von hinten, aussen und oben, nach vorne, innen und unten; er hat eine Länge von 1 bis 1,5 cm.

Durch diesen eben beschriebenen Canalis obtu-

[1]) Heitzmann, descriptive und topographische Anatomie des Menschen, V. Bd., S. 150.

ratorius treten die gleichnamigen Hernien hervor, welche schon zu den Seltenheiten gerechnet werden können. Die Vorlagerung der Eingeweide erfolgt in den präformierten Bruchsack, wie die häufig bei Sektionen beobachteten leeren Bruchsäcke beweisen. Durch umschriebene Fettmassen können Teile des Bauchfelles hervorgezogen oder bei Schwund des Fettes in den Canälen hervorgewölbt werden; auf diese Weise entstehen die s. g. präformierten Bruchsäcke. Es geschieht dieses meist im höheren Alter, bei plötzlicher Abmagerung, Erschlaffung der Bauchwand nach vorausgegangener Erweiterung bei Ascites und Schwangerschaft.[1]) Die Autoren nehmen heute mit Bestimmtheit an, dass die Vorlagerung eines Eingeweides immer in eine vorgebildete Ausstülpung des Bauchfelles erfolgt, und dass die direkt veranlassenden Ursachen — schweres Heben, Fallen, Stossen, Erbrechen u.s.w. — nur als zufällig angesehen werden müssen, da sie für sich allein einen Unterleibsbruch nicht erzeugen können.

Man unterscheidet unvollständige und vollständige Herniae obturatoriae, je nachdem der Bruchsack noch im Canalis obturatorius liegt oder schon durch denselben hindurchgetreten ist. Der vollständige Bruch breitet sich zunächst in dem Bindegewebsraum zwischen der Membr. obtur. und dem M. obtur. ext. aus; nimmt er grössere Dimensionen an, so drängt er sich

1) Cfr. Eulenburg's Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde, 3 Bd., unter Brüche.

zwischen der oberen und mittleren Portion des Muskels hindurch und liegt dann auf der Innenseite des M. pectineus.[1]) Die Hernie kann aber auch, wie einige beobachtete Fälle beweisen, zwischen Ramus horizontalis ossis pubis und oberer Portion des M. obtur. ext. ihren Weg nehmen. Von diesen beiden Wegen, deren Richtung mit derjenigen des Canalis obturatorius übereinstimmt, scheint der erstere, zwischen der oberen und mittleren Portion des M. obtur. ext. die grösste Wahrscheinlichkeit für sich zu haben, weil zwischen diesen beiden Muskelbündeln lockeres Fettgewebe liegt, welches dem andrängenden Bruchsacke keinen Widerstand entgegensetzt. [2])

Es werden von Bardeleben noch zwei andere Wege angegeben, die von den Hernien am Foramen obturatorium mitunter zum Durchtritt benutzt werden: 1. der Raum zwischen der unteren Portion des M. obtur. ext. und der Membrana obturatoria, 2. zwischen der Incisura acetabuli und der Membrana obturatoria. Diese beiden letzten Wege haben wenig Wahrscheinlichkeit für sich wegen der ganz vom Verlaufe des Canalis obturatorius abweichenden Richtung. Roman Fischer[3]) berichtet, dass unter 11 Fällen, die bei Sektionen beobachtet wurden, fünfmal der Bruch zwischen Ramus horizontalis ossis pubis und oberer

[1]) Cfr. die Unterleibsbrüche von Graser, Erlangen 1891.

[2]) Bardeleben, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, III. Band, unter „Brüche".

[3]) Roman Fischer, Beiträge zur Lehre über die Hernia obturatoria, pg. 14.

Portion des M. obt. ext., dreimal zwischen oberer und mittlerer Portion des oben genannten Muskels, dreimal zwischen der unteren Portion des M. obt. ext. und der Membrana obturatoria seinen Weg genommen hatte.

Über die Lage der Gefässe und Nerven zum Bruchsackhalse sind sich die Autoren noch nicht einig, bald liegen sie rechts, bald links von demselben; es sind auch Fälle beobachtet worden, wo Gefässe und Nerven zerteilt um den Bruchsackhals lagen.

Die Grösse des Bruchsackhalses ist sehr verschieden, sie schwankt zwischen Haselnuss- und Hühnereigrösse; der Inhalt ist meistens Dünndarm, selten findet man Netz, Blase oder Ovarium vor.

Die Hernia obturatoria wird vor dem 40. Lebensjahre sehr selten beobachtet; Frauen werden häufiger von diesem Leiden befallen als Männer, was mit der grösseren Breite des Foramen obturatorium bei Frauen übereinstimmt; auch liegen wegen der grösseren Weite des Beckens und der Anwesenheit des Uterus mehr Gedärme in den seitlichen Teilen des weiblichen Beckens. Unter 26 Fällen von Hernia obturatoria, welche Thiele [1]) aus der Literatur zusammengestellt hat, betrafen 24 Frauen. Relativ häufig soll sich nach Bardeleben die Hernia obturatoria auf beiden Seiten finden.

Die Diagnose der Hernia obturatoria ist ganz

1) Thiele, Beiträge über die Hernia obturatoria, Inaug. Diss. Berlin, 1868.

ausserordentlich schwer, so dass sehr viele Brüche dieser Art erst bei Sektionen oder bei Operationen anderer Hernien — meistens der Schenkelhernien — bemerkt werden. Ist die Hernia obturatoria in beweglichem Zustande, so wird sie nur selten richtig diagnosticiert, da fast nur Symptome vorhanden sind, die auch von einem anderen Darmleiden herrühren können. Die Patienten klagen über Schwere im Becken, vage Schmerzen im Unterleibe, in der Leisten- und Lumbalgegend; kommen nun noch Schmerzen an der Innenseite des Oberschenkels und in den Muskeln mit dem Gefühl des Eingeschlafenseins hinzu, oder treten ganz plötzlich Koliken auf, die nach veränderter Körperlage sogleich wieder verschwinden, so muss man, zumal wenn andere Brüche fehlen, sofort an das Vorhandensein einer Hernia obturatoria denken und eine genaue Untersuchung dieser Körperstelle vornehmen.[1]) Eine äusserlich sichtbare Geschwulst wird wegen der geringen Grösse und der tiefen Lage der Hernie nur sehr selten vorhanden sein. Auf die neuralgischen Schmerzen an der Innenseite des Oberschenkels, welche durch Druck des N. obturatorius an seiner Austrittsstelle entstehen, hat Romberg zuerst aufmerksam gemacht. Dieses Symptom ist aber bei den freien Hernien selten zu gebrauchen, da es häufig fehlt. Unter den 26 von Thiele (Inaug.-

[1]) Eulenberg's Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde, Bd. III, unter „Brüche."

Diss., Berlin 1868) gesammelten Fällen fehlte es 15 mal; auch in den 3 Fällen von Hernia obturatoria, welche Hueter-Greifswald beobachtete, war keine Spur von Neuralgia nervi obturatorii vorhanden.

Meistens hat man die Hernia obturatoria erst erkannt, wenn sie eingeklemmt war; sie wurde aber mindestens ebenso häufig erst nach dem Tode als Ursache der bei Lebzeiten beobachteten Einklemmungserscheinungen nachgewiesen. Zu einer Geschwulstbildung kommt es auch hier nur selten, bei kleinen Brüchen ist oft in der Tiefe weiter nichts als eine gewisse Elasticität zu fühlen. Die Einklemmungserscheinungen sind hier ganz dieselben wie bei anderen incarcerierten Hernien, nur fehlen häufig die nachweisbaren Veranlassungen. Die Incarcerationserscheinungen sind für gewöhnlich weniger heftig und steigern sich nur langsam, da der Darm nicht immer in seinem ganzen Umfange eingeklemmt ist. Der neuralgische Schmerz an der Innenseite des Oberschenkels ist, wenn er wirklich vorhanden ist, als wertvolles Symptom anzusehen. Auch hier ist derselbe, wenn er auch häufiger beobachtet wird als bei den freien Hernien, am Foramen obturatorium nicht constant. Ist der Nervenschmerz vorhanden, so steigert er sich bei Druck auf die Gegend des Foramen obturatorium, bei Streckung und Auswärtsrollung des Oberschenkels mit Ausstrahlung bis zum Fusse.

Wenn man nach voraufgegangener Anamnese zu der Vermutung gekommen ist, dass eine Hernia

obturatoria vorliegen könnte, so hat man folgende Untersuchung vorzunehmen: Die Stelle, an welcher die Hernie zum Vorschein kommt, ist ein dreieckiger Raum, dessen Grenzen nach innen vom M. adductor longus, nach aussen von der A. femoralis, nach oben vom Poupart'schen Bande gebildet worden. Hier muss die äussere Untersuchung beginnen; anfänglich liegt die Hernie, wenn sie vom M. pectineus und M. obtur. ext. bedeckt wird, so verborgen, dass sie durch Betrachtung kaum entdeckt wird. Mitunter gelingt es jedoch, wenn man im Raume dieses Dreiecks einen Finger gegen die Membrana obturatoria andrückt und den Kranken husten lässt, deutlich den Anprall der Gedärme gegen die Fingerspitze zu fühlen. Missglückt dieser Versuch, so perkutiert man beide Oberschenkel, um eventuell durch den tympanitischen Darmton einen vorhandenen Bruch nachzuweisen. Hierauf beobachtet man die Lage des Oberschenkels an der kranken Seite; gewöhnlich ist derselbe bei der Hernia obturatoria incarcerata nach auswärts gerollt und im Hüftgelenke etwas gebeugt. Bei Frauen muss man von der Vagina, bei Männern vom Mastdarm aus das Foramen obturatorium betasten, um eventuell auf diese Weise die schmerzhafte Stelle zu finden.

Ist eine mit dem Auge wahrnehmbare Geschwulst vorhanden, so kommt der Arzt häufig noch in die Gefahr, die Hernia obturatoria mit einer Hernia cruralis zu verwechseln. Es gehört aber auch eine sehr sorg-

fältige Untersuchung dazu, um beide Fälle von einander zu unterscheiden, da die beiden Bruchpforten nur durch den niedrigen Ramus horizontalis ossis pubis von einander getrennt sind.

Die schon vor der Operation richtig diagnosticierten Fälle von Hernia obtur. incarcerata sind selten, meistens werden sie erst bei Operationen von Schenkelhernien entdeckt. Noch andere Fälle von Hernia obturatoria incarcerata, welche in der Literatur verzeichnet sind, wurden erst bei Sektionen gefunden; bei Lebzeiten der betreffenden Personen war man, obgleich Incarcerationserscheinungen da waren, nicht auf den Gedanken gekommen, dass es sich um eine Hernie am Foramen obturatorium handeln könnte. Unter den von Thiele in seiner Dissertation (Berlin 1868) beschriebenen 26 Fällen wurde die Diagnose 17 mal richtig gestellt. Lorinser war der erste, welcher schon vor der Operation die richtige Diagnose stellte.

Im Oktober 1890 wurde von Herrn Privatdozent Dr. Hoffmann in Greifswald ein Fall von Hernia obturatoria incarcerata mit glücklichem Erfolge operiert, welcher auch schon vor der Operation richtig diagnosticiert worden war.

Was die Behandlung der Hernien am Foramen obturatorium anbetrifft, so brauchen wir nur die incarcerierten Brüche zu berücksichtigen, da die freien Brüche wenige Erscheinungen machen. Will man die Taxis versuchen, so sind Rotation und Abduktion des Oberschenkels (Roman Fischer, Beiträge zur

Lehre der Hernia obturatoria, Luzern 1856), ferner Zurückzerrung der Darmschlinge von der Vagina oder vom Rectum aus (Röser) in Vorschlag gebracht worden. Ebenso empfahlen Labbé und Roser, eine Hand in die Vagina resp. das Rectum einzuführen und den Darm nach oben zu schieben, während die andere Hand von aussen her einen Druck auf die Hernie ausübt. Von diesem Verfahren erwartete man einen günstigen Erfolg, weil der incarcerierte Darm sich bei Sektionen gewöhnlich leicht durch einen Zug von der Bauchhöhle aus zurückbringen liess. Die Behandlung der incarcerierten Hernien nach gemachter Taxis mit Bruchbändern hat sich als unpraktisch herausgestellt; der Bruch liegt viel zu tief unter Haut und Musculatur versteckt, um ihn mit Bruchbändern, die sich ausserdem noch sehr leicht verschieben, zurückhalten zu können. Die bisher angegebenen Behandlungs-Methoden sind alle unpraktisch, auch ein wirklich reponierter Bruch kann jeden Augenblick wieder in den weiter bestehenden Bruchsack zurücktreten. Die Reposition der Hernia obtur. incarcerata ist, da es bisher kein Bruchband giebt, welches den reponierten Bruch sicher in der Leibeshöhle zurückhält, nicht als wirkliche Heilung des Leidens anzusehen, wohl aber kann sie mitunter eine lebensrettende Operation sein. —

Auch bei der Hernia obturatoria incarcerata gilt die alte Regel, dass man lieber zu früh, als zu spät operieren soll. Nach den zur Operation nötigen Vor-

bereitungen macht man einen Hautschnitt an der Innenseite der Vena saphena magna, welcher am innersten Teile des Poupart'schen Bandes (Eulenburgs Real-Encyklopädie unter „Brüche") beginnt, neben dem Hodensacke oder der grossen Schamlippe herabzieht und die Länge von 5 bis 8 cm hat. Um bis auf den Bruchsack zu kommen, muss man nun folgende Schichten durchdringen: 1. die äussere Haut, 2. die Fascia superficialis, 3. den M. pectineus, 4. die Fascia lata, 5. den M. obt. extern. (nicht in allen Fällen), 6. Fascia pelvis, 7. das subperitoneale Gewebe. Wenn es irgend geht, dringt man in der Richtung des Hautscheitels zwischen M. pectineus und M. adductor brevis in die Tiefe vor; manchmal wird man auch den Musc. pectineus quer durschschneiden müssen, um bequemer arbeiten zu können. Ist zur Reposition der Darmschlinge eine Erweiterung der Bruchpforte nötig, so versucht man, letztere mit stumpfem Haken zu erweitern, was nach Bardeleben meistens gelingt. Muss man aber doch zum Messer greifen, so untersucht man vorher mit einem Finger, an welcher Seite die A. obturatoria pulsiert, da, wie wir wissen, ihre Lage zum Bruchsacke immer dieselbe ist. Die Eröffnung des Bruchsackes und die weitere Nachbehandlung unterscheidet sich in nichts von den bei anderen Brüchen benutzten Methoden. Schwankt die Diagnose, und ist womöglich eine innere Einklemmung vorhanden, so ist die Laparotomie zu empfehlen, der Schnitt verläuft dann entweder in der Linea alba oder parallel dem Poupart'schen Bande.

Die meisten Herniotomien bei Brüchen am Foramen obturatorium verlaufen nach Angaben in der Literatur ungünstig, was wohl darin seinen Grund hat, dass die richtige Diagnose erst zu spät gestellt wird. Die erfolgreiche Operation bei Hernia obturatoria incarcerata wurde von Obré im Jahre 1852 ausgeführt. Thiele erwähnt in seiner Dissertation (Berlin 1868) 11 Herniotomien bei Hernia obturatoria incarcerata, von welchen 8 mit dem Tode endeten.

In der Literatur, welche mir zu Gebote stand, habe ich 12 Fälle von Hernia obturatoria incarcerata gefunden, welche teils schon vor der Operation richtig diagnosticiert wurden, teils auch erst gelegentlich bei anderen Bruchoperationen, oder nach dem Tode der betreffenden Person bei Sektion aufgefunden wurden.

Fall 1: In der „Münchener medicinischen Wochenschrift" vom Jahre 1889 veröffentlicht S. Auerbach folgenden Fall von Hernia obturatoria incarcerata: Eine 79jährige Frau hatte seit 2 Jahren mehrmals über Empfindlichkeiten der linken Bauchseite, Reissen an der Innenseite des linken Oberschenkels geklagt; hierzu kam dann noch leichtes Kothbrechen, welches stets auf Opium und Eis verschwand; eine Hernia war nie aufzuweisen. Jetzt ward sie mit der Diagnose „Hernia obturatoria incarcerata sinistra" in's Krankenhaus aufgenommen und operiert; exitus letalis tritt 2 Tage nachher ein. Bei Sektion zeigt sich diffuse, adhäsive Peritonitis zwischen Gedärmen, Netz, Bauch-

fell, Blase und Uterus. Im Canalis obt. sin. liegt eine dunkelblau gefärbte, nirgends brandige Schlinge des mittleren Ileums. Der M. obturatorius lag oben und rechts, die Arterie nach innen vom Bruchpfortenringe. Dieser Fall ist einer von den vielen, welche trotz ihres Vorhandenseins während des Lebens nicht diagnosticiert wurden.

Fall 2: Einen ähnlichen Fall beschreibt Auerbach in seiner Dissertation, München 1890; derselbe, ebenfalls eine Frau betreffend, wurde als Hernia cruralis diagnosticiert und bei Sektion als Hernia obturatoria incarcerata erkannt. Der Tod trat durch Darmgangrän und Peritonitis ein.

Fall 3: Professor J. W. R. Tilanus in Amsterdam operierte 1882 eine Hernia obturatoria incarcerata.[1]) Eine 76jährige Frau, Mutter von 14 Kindern, kam am 26. Oktober 1882 in's Krankenhaus mit Schmerzen in der rechten Leistengegend, Kothbrechen und Stuhlverhaltung; seit 4 Jahren trägt sie ein unwirksames Bruchband; die Einklemmungserscheinungen bestehen seit einigen Tagen. Bei Untersuchung findet man am rechten Oberschenkel im oberen und medialen Drittel eine kleine bei Druck schmerzhafte Geschwulst; auch die sog. obturatorischen Nervenschmerzen sind vorhanden. Professor Tilanus stellt sofort die richtige Diagnose auf Hernia obtur. incarc. dextra und schreitet zur Operation. Im Bruchsacke findet sich

[1]) Central-Blatt für Chirurgie, XI. Jahrgang, S. 127.

eine bläulich gefärbte, nicht stinkende Darmschlinge, welche sich ohne Gewalt und ohne Erweiterung des Bruchringes zurückschieben lässt. Hierauf folgt Naht und Verband; nach kurzer Zeit wird Frau geheilt und ohne Bruchband entlassen.

Fall 4: Pölchen berichtet in der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XVII, Heft 1 u. 2" über einen Fall von Hernia obt. incarc., welchen er in der Charité zu Berlin beobachtete. Bei der alten Frau, die an Ileus litt, bestanden obturatorische Schmerzen in hohem Grade, obleich von aussen keine Geschwulst zu erkennen war. Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautet: „Hernia obt. incarc."; sie bestätigte sich bei Sektion, da Frau schon vor Operation starb. Der Darm war an der Einklemmungsstelle brandig geworden.

Fall 5: In demselben Bande der deutschen Zeitschrift für Chirurgie (Bd. XVII. H. 1 und 2) führt Grünberg einen Fall von Hernia obtur. incarc. an, dessen Diagnose schon vor Operation richtig gestellt wurde. Es bestanden bei einer alten Frau kolikartige Schmerzen, Romberg'sche Nervenerscheinungen und Unvermögen des linken Beines zum Heben; Druck von aussen im s. g. Scarpa'schen Dreieck war schmerzhaft; eine wahrnehmbare Geschwulst fehlte; Einklemmungserscheinungen nehmen zu. Operation bestätigte die Diagnose; stumpfe Erweiterung des Bauchringes; zuerst verlief Fall günstig; trotzdem am 20. Tage nach Operation Exitus letalis unter Erscheinungen einer Perforations-Peritonitis.

Fall 6: A. D'Ambrosio[1]) erzählt von einer 72-jährigen Frau die mit linker, reponibler Schenkelhernie erkrankte. Einklemmungserscheinungen nötigten Patientin in's Krankenhaus zu gehen, wo nach gründlicher Untersuchung die Diagnose auf Heria obt. incarc. gestellt wurde; man fand an der Innenseite des Oberschenkels eine tief liegende, flache, längliche Geschwulst, welche elastisch und auf Druck schmerzhaft war; mit dem linken Labium hing sie nicht zusammen. Die Erscheinungen nach Operation unverändert; nach 5 Tagen Eintritt des Exitus letalis durch Gangrän und Peritonitis.

Fall 7: Szigmondy veröffentlicht in der Wiener med. Wochenschrift, 1878 No. 42 u. 43 einen Fall von richtig diagnosticierter Hernia obtur. incarc., welchen ihm ein College zur Operation geschickt hatte. Bei der 67jährigen Frau wurden Einklemmungserscheinungen und Romberg'sche Schmerzen wahrgenommen. Die Operation verlief an und für sich glücklich; als nicht lange darauf die Frau an Dysenterie starb, fand man bei Sektion die Bruchstelle ganz verheilt.

Fall 8: C. Ulrich-Berlin erzählt[2]) von einer Hernia obturatoria incarc., welche einen 45jährigen Mann betraf. Seit 5 Jahren mehrmals Einklemmungserscheinungen; gewöhnliche Bruchpforten frei; auch

[1]) Annal. clin. dell'osp. degl. incur. 1879, Heft 2; cfr. Central-Blatt für Chirurgie, VII. Jahrgang, Seite 143.

[2]) Deutsche Klinik 1862, Seite 105.

am Foramen obt. nichts zu erkennen. Da man eine innere Einklemmung vermutete, wurde nicht operiert; unter Steigerung der Erscheinungen tritt 7 Tage nach Erkrankung der Tod ein. Section ergiebt als Todesursache eine Hernia obt. incarc. sin.

Fall 9: Der eben genannte Berichterstatter veröffentlicht an derselben Stelle der „deutschen Klinik v. J. 1862" einen 2. Fall von Hernia obt. incarc. Eine 74jährige Frau, an beweglicher Schenkelhernie leidend, bekommt plötzlich Incarcerationserscheinungen; am 4. Tage nach Erkrankung in Anstalt gebracht, wo am oberen Rande des Foramen obt. dextr. eine kaum wahrnehmhare Vorwölbung gefunden wird, die auf Druck schmerzt; andere Symptome fehlen, trotzdem wird Diagnose auf Hernica obt. incarc. gestellt, welche durch Operation bestätigt wird; leider Exitus letalis nach 2 Tagen durch Gangrän.

Fall 10: Benno Schmidt[1]) hat einen Fall von Hernia obturatoria incarc. operiert, bei welchem der Darm mit dem Bruchsacke fest verwachsen war. Diagnose schwankte zwischen Hernia cruralis und Hernia obt. incarc.; erst bei der Operation stellte es sich heraus, dass eine Hernie am Foramen obtur. vorlag. Während der Operation wurde bei dem Versuche, den Bruchsack abzupräparieren, der Darm durchschnitten; nach $2^1/_2$ Tagen exitus letalis wegen Darmgangrän. Auch dieser Fall betraf eine alte Frau.

[1]) Archiv der Heilkunde, Jahr. 6. 1865. S. 468.

Fall 11: Vilms[1]) erzählt uns von einem Falle von Hernia obt. incarc. bei einer 75jährigen Frau; am 4. Tage nach der Einklemmung wurde Frau in Anstalt aufgenommen. Diagnose hauptsächlich aus den Nervenschmerzen gestellt; rechter Schenkel fast bewegungslos; Geschwulst nicht deutlich durchzufühlen. 3 Tage nach Operation trat Exitus letalis ein durch Darmgangrän. Links wird bei Sektion ein leerer Bruchsack gefunden.

Fall 12: In der „Deutschen Klinik" vom J. 1862, S. 108, beschreibt Vilms noch einen Fall von Hernia obturatoria incarc., der von ihm operiert wurde. Eine 79jährige Frau wird mit Einklemmungserscheinungen in's Krankenhaus gebracht; sie hatte rechts einen leicht reponiblen, wallnussgrossen Schenkelbruch, ausserdem lag in der Gegend des Foramen obt. sin. eine kleine runde Geschwulst; Romberg'sche Erscheinungen und Bewegungshindernisse fehlten. Als Ursache der Incarceration sah man natürlich eine Hernia obtur. incarc. sin. an. Patientin starb 48 Stunden nach Operation an Peritonitis.

Leider war es mir aus Mangel an Zeit nicht möglich, noch mehrere Fälle dieser höchst interessanten Hernie aus der Literatur zu sammeln; dagegen werde ich noch einen richtig diagnosticierten und vollständig geheilten Fall von Hernia obtur. incarc. beschreiben, welcher im Oktober 1890 in der Privatklinik des Herrn Dr. Hoffmann-Greifswald

[1]) Deutsche Klinik v. 1862, S. 107.

operiert wurde, und dessen Veröffentlichung mir vom Operateur gütigst übertragen wurde.

Fall 13: Frau T., 75 Jahre alt, Mutter mehrerer Kinder, weiss nicht anzugeben, ob sie vor ihrer jetzigen Erkrankung bereits eine Geschwulst in der linken Schenkelbeuge besessen hat. Sie klagte zuerst über ziehende Schmerzen in der linken unteren Extremität, welche ihr Hausarzt als Neuralgie ansah und danach auch die Behandlung leitete. Am 12. X. 90 stellten sich plötzlich heftige obturatorische Schmerzen mit Einklemmungserscheinungen ein; nun untersuchte der Hausarzt seine Patientin auf einen Unterleibsbruch hin und fand dann auch eine schmerzhafte Geschwulst in der linken Schenkelbeuge.

Die von dem am 14. 10. 90 hinzugezogenen Dr. Hoffmann vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes: Es handelte sich um eine sehr magere Person mit schlechtem frequentem Puls und trockner Zunge. In der linken Schenkelbeuge fand sich 2—3 Finger unterhalb des Poupart'schen Bandes beginnend eine flache, etwa halbfaustgrosse schmerzhafte Geschwulst. Sie lag mit ihrer Mitte unterhalb der Grenze des mittleren und inneren Drittel der Verbindungslinie zwischen Mitte der Symphyse und Spina anterior superior also weiter nach innen und zugleich tiefer als die Schenkelhernien. Sie liess sich nicht umgreifen und beim Anspannen der Adductoren flachte sie sich ab, sodass man die Überzeugung gewann, dass sie unterhalb der Adductorenmuskulatur liege.

Da Einklemmungserscheinungen vorhanden waren, da die Geschwulst einige Centimeter unterhalb des Poupart'schen Bandes ihren Anfang nahm, da sie weiter nach innen wie die Schenkelhernien und anscheinend unter den Adductoren des Oberschenkels gelegen war, wurde vom Operateur schon vor der Operation die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Hernia obturatoria incarc. gestellt.

Beim Bruchschnitte, welcher in der Längsrichtung des Oberschenkels gemacht wurde, zeigte es sich, dass die Geschwulst unter der Muskulatur lag, die der Hauptsache nach stumpf getrennt wurde. Nach Durchtrennung des dünnen Bruchsackes floss etwas trübes Bruchwasser ab; als Inhalt zeigte sich eine schwarzblau aussehende Darmschlinge — die sich nach Lösung der Einklemmung wieder erholte — und etwas Netz. Letzteres wurde mit einem kleinen Teile des Bruchsackes, mit welchem eine Verwachsung eingetreten war, abgetragen. Die Erweiterung der Bruchpforte geschah durch ganz kleine Einschnitte nach oben und innen, da nach dieser Seite hin der Knochen als die Wand des Bruchringes bildend erkannt wurde, während die Lage der Gefässe nicht mit Sicherheit bestimmt werden konnte. Es gelang nun mit stumpfen Haken die Bruchpforte so weit zu dehnen, dass die Reposition der Darmschlinge leicht gelang. Die Reste des Bruchsackes wurden nicht abgetragen, sondern in die Bruchpforte gestopft und vernäht. Die Wunde wurde dann auch

zugenäht und ohne Drainage verbunden; 21. X. 90 Entfernung der Nähte, 29. X. 90 des ganzen Verbandes; Frau wird ohne Bruchband als vollkommen geheilt entlassen und befindet sich bis heute wohl.

Von den 13 eben beschriebenen Fällen sind 9 schon vor der Operation richtig, 3 dagegen falsch diagnosticiert worden; bei einem Falle gelangte man erst während der Operation zur richtigen Diagnose. Dauernd geheilt wurden durch Operation nur 2 Fälle; 1 Fall, der auch schon geheilt war, wie sich bei Sektion zeigte, ging später an Dysenterie zu Grunde, 9 Fälle verliefen bald nach Operation tötlich und zwar trat der Tod immer durch Darmgangrän oder Peritonitis ein, Romberg'sche Nervenerscheinungen waren in 7 Fällen vorhanden. 1 Fall betraf einen Mann, 12 Fälle betrafen alte Frauen.

Jedenfalls ist es von grosser Wichtigkeit, dass man auch diese selteneren Formen der Hernien kennt und im Gedächtnis behält und dass man bei Einklemmungserscheinungen nie versäumt, alle, auch die selten benützten Bruchgegenden sorgfältig zu untersuchen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Privatdocent Dr. Hoffmann in Greifswald für die Ueberweisung des Themas und die Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser, Carl Splittgerber, Sohn des Pastors Otto Splittgerber und seiner Ehefrau Emilie, geb. Haack, ev. Confession wurde zu Trieglaff, Kreis Greifenberg, geboren. Seinen ersten Unterricht erhielt er im Hause seines Vaters, dann besuchte er die höhere Stadtschule zu Pasewalk von Michaelis 1876 bis Michaelis 1881 das Gymnasium zu Neustettin, darauf das Gymnasium zu Friedland in Meckl., wo er Michaelis 1883 das Zeugnis der Reife erhielt. Um sich dem Studium der Medicin zu widmen, bezog er Michaelis 1883 die Universität Greifswald, am 17. Januar 1885 bestand er daselbst das Tentamen physicum. Von Michaelis 1885 bis 1886 studierte er in Halle und ging zur Beendigung seiner Studien nach Rostock, wo er am 27. Februar 1889 die medicinische Staatsprüfung beendete. Am 1. April 1889 liess er sich in Pasewalk als praktischer Arzt nieder und machte am 21. März 1892 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen resp. Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

Ackermann, v. Braun, A. Budge, J. Budge, Eberth, v. Feilitzsch, Gerstäcker, Gies, Harnack, Holtz, Küssner, Landois, Lemcke, Limpricht, Madelung, Münter, Oberst, Olshausen, Pott, Schatz, E. Schwarz, Sommer, A. Thierfelder, Th. Thierfelder, Uffelmann, von Volkmann, Weber, von Zehender.

Verfasser benützt diese Gelegenheit, allen diesen seinen hochverehrten Lehrern seinen besten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Als Radicaloperation der Hernia obturatoria incarcerata ist Tamponade der Bruchpforte mit Teilen des Bruchsackes und nachfolgende Naht zu empfehlen.

II.

Bei Magen-Katarrhen ist die Ausspülung des Magens mittelst der Schlundsonde allen anderen Mitteln vorzuziehen.

III.

Warten ist die erste Pflicht eines Geburtshelfers.